Composante du produit nº 82-003-X au catalogue de Statistique Canada
Rapports sur la santé

Article

Effet de l'immigrant en santé et taux de mortalité

par Edward Ng

Novembre 2011

Statistique Canada Statistics Canada

Canada

Effet de l'immigrant en santé et taux de mortalité

par Edward Ng

Résumé

Selon le Recensement de 2006, près de 20 % de la population canadienne est née à l'étranger, un pourcentage qui devrait atteindre au moins 25 % d'ici 2031. Les études fondées sur les taux de mortalité normalisés selon l'âge (TMNA) ont fait ressortir un effet de l'immigrant en santé, qui s'accompagne de taux globaux plus faibles chez les immigrants. Un effet de durée a aussi été observé, l'avantage des immigrants au chapitre de la mortalité diminuant au fur et à mesure des années passées au Canada. Les TMNA fondés sur l'étude de suivi de la mortalité selon le recensement de 1991 à 2001 font ressortir un effet de l'immigrant en santé et un effet de durée au niveau national pour la mortalité toutes causes confondues chez les deux sexes. Toutefois, au niveau national, le taux de mortalité chez les femmes provenant des États-Unis ou de l'Afrique subsaharienne était similaire à celui des femmes nées au Canada. Pour les trois plus grandes régions métropolitaines de recensement (Toronto, Montréal et Vancouver), on n'a pas observé d'effet de l'immigrant en santé chez les femmes et chez la plupart des hommes provenant des États-Unis ou de l'Afrique subsaharienne.

Mots-clés

Taux de mortalité normalisés selon l'âge, taux de décès, longitudinal, couplage d'enregistrements.

Auteur

Edward Ng (1-613-951-5308, edward.ng@statcan.gc.ca) travaille à la Division de l'analyse de la santé, à Statistique Canada, Ottawa (Ontario) K1A 0T6.

En 2006, les immigrants représentaient le cinquième (19,8 %) de la population du Canada, un pourcentage qui devrait atteindre au moins 25 % d'ici 2031[1]. L'état de santé et les besoins de services de santé de cette proportion importante et croissante de la population ne sont pas nécessairement les mêmes que ceux des personnes nées au Canada[2,3]. Dans le cadre de recherches, on a déterminé à plusieurs reprises un « effet de l'immigrant en santé » – l'état de santé des immigrants étant généralement meilleur que celui des personnes nées au Canada, même s'il a tendance à se détériorer au fur et à mesure des années passées au Canada[4-14]. Toutefois, le rapport entre l'immigration et la santé est complexe, particulièrement du fait que les origines des immigrants au Canada sont de plus en plus diversifiées. Depuis les années 1960, les pays non européens ont remplacé les pays européens comme principaux pays d'origine. Par conséquent, il est important d'analyser l'effet de l'immigrant en santé selon le lieu de naissance et la période d'immigration.

La présente analyse repose sur l'Étude canadienne de suivi de la mortalité selon le recensement de 1991 à 2001 et vise à explorer les associations entre la mortalité et le lieu de naissance ainsi que la période d'immigration (voir *Les données*). Les objectifs consistaient à déterminer :

Les données

L'Étude canadienne de suivi de la mortalité selon le recensement de 1991 à 2001 repose sur une cohorte couplée de façon probabiliste et constituée d'un échantillon de 15 % (n = 2 735 152) de la population de 25 ans et plus ne vivant pas en établissement, qui a été entièrement dénombrée au moyen du questionnaire complet du Recensement de 1991. Cette cohorte a fait l'objet d'un suivi de la mortalité, du 4 juin 1991 au 31 décembre 2001 inclusivement. Comme les noms des personnes ne figuraient pas dans la base de données du recensement, mais étaient nécessaires pour le couplage avec les données sur la mortalité, la création de la cohorte a nécessité deux couplages probabilistes. Tout d'abord, les participants admissibles au recensement ont été couplés à un fichier de liste nominale (de noms) (tiré des données des déclarants fiscaux de 1990 et 1991, puis chiffré), au moyen de variables communes, comme la date de naissance et le code postal; 80 % des participants admissibles ont été appariés avec succès. Puis, le recensement et les noms chiffrés ont été appariés à la Base canadienne de données sur la mortalité. À partir des décès pour 1991, qui ont pu être déterminés de façon indépendante dans la Base canadienne de données sur la mortalité et/ou dans le fichier de noms, la détermination des décès des membres de la cohorte visée par le suivi de la mortalité a été estimée à 97 % globalement. De façon plus particulière, plus de 260 000 décès sur la période de suivi de 10,6 ans ont été couplés à la cohorte[15].

Dans le cadre du Recensement de 1991, les immigrants ont été définis comme les personnes qui étaient ou avaient été des immigrants reçus au Canada. Un immigrant reçu n'est pas un citoyen canadien par naissance, mais a obtenu le droit de vivre au Canada en permanence. Dans la présente étude, la population née au Canada (non-immigrants) constitue le groupe de référence. L'analyse exclut les demandeurs de statut de réfugié et les résidents non permanents (qui ont un permis de travail ou un permis de séjour pour étudiant).

Pour examiner l'aspect de la durée de l'effet de l'immigrant en santé, les immigrants ont été classés selon la période d'immigration et le lieu de naissance. Les catégories de périodes d'immigration étaient les suivantes : avant 1970 (immigrants établis), de 1970 à la fin de 1980 (immigrants à moyen terme) et de 1981 à la fin de juin 1991 (immigrants récents). Les régions du monde de lieu de naissance ont été définies de la façon suivante : États-Unis, Caraïbes/Amérique centrale et Amérique du Sud, Europe de l'Ouest, Europe de l'Est, Afrique subsaharienne, Afrique du Nord/Moyen-Orient/Asie de l'Ouest, Asie du Sud, Asie du Sud-Est, Asie de l'Est et Océanie. Il s'agit de classifications non uniformes du lieu de naissance pour le Recensement de 1991, établies afin d'obtenir un équilibre entre la création de catégories homogènes pour la recherche épidémiologique et un nombre gérable de groupes. Par exemple, pour plus de concision, on a combiné l'Afrique du Sud, l'Afrique centrale, l'Afrique de l'Ouest et l'Afrique de l'Est, tandis que l'Afrique du Nord, le Moyen-Orient et l'Asie de l'Ouest ont été regroupés, parce que les habitants de ces régions partagent des caractéristiques culturelles et épidémiologiques. L'Asie du Sud, l'Asie du Sud-Est et l'Asie de l'Est ont fait l'objet de catégories distinctes selon la définition du Recensement de 1991, sauf pour Singapour, qui fait partie de l'Asie du Sud-Est dans la définition du recensement, mais qui a été incluse dans l'Asie de l'Est. Dans le cas de l'Europe, les regroupements uniformes de l'Europe de l'Ouest, de l'Europe du Sud et de l'Europe du Nord dans le Recensement de 1991 ont été combinés aux pays scandinaves pour former l'Europe de l'Ouest, sauf l'Albanie et la Yougoslavie, qui font partie de l'Europe du Sud dans la définition du recensement et qui ont été incluses dans l'Europe de l'Est. L'Amérique du Sud et l'Amérique centrale (y compris le Mexique), ainsi que les Caraïbes, ont été combinées. Les États-Unis d'Amérique ont constitué un lieu de naissance distinct, plutôt que d'être inclus dans l'Amérique du Nord. Le Groenland et St-Pierre-et-Miquelon, les deux autres composantes de l'Amérique du Nord, ont été inclus avec l'Océanie. Toutefois, l'Océanie a été supprimée des analyses selon la région du monde du lieu de naissance en raison de la petite taille de l'échantillon (n = 4 600).

Les immigrants de trois pays – la Chine (y compris Hong Kong), l'Inde et le Royaume-Uni – ont été sélectionnés pour une analyse plus approfondie. Du fait que les données de base ont été obtenues en 1991, avant l'afflux d'immigrants de la République populaire de Chine, les personnes comprises dans l'échantillon qui étaient nées là-bas étaient les plus susceptibles d'avoir vécu à Hong Kong avant d'immigrer au Canada. Aux fins de la présente analyse, la République populaire de Chine et Hong Kong ont été regroupés dans la Chine.

L'étude examine aussi la mortalité dans trois régions métropolitaines de recensement (RMR) : Toronto, Montréal et Vancouver.

Des taux de mortalité normalisés selon l'âge et le sexe par tranche d'âge de cinq ans (à la date de référence) ont servi à calculer les taux de mortalité normalisés selon l'âge (TMNA), la structure de la population de la cohorte de suivi de la mortalité selon le recensement servant de norme. Les TMNA ont été calculés au niveau national selon le sexe pour :

1) la population totale;
2) la population née au Canada (référence);
3) la population immigrante totale et selon la période d'immigration;
4) la population immigrante selon la région du monde du lieu de naissance et la période d'immigration;
5) la population immigrante de la Chine, de l'Inde et du Royaume-Uni.

Ces calculs ont été repris pour les trois RMR, à l'exception de la période d'immigration, pour laquelle cela n'était pas possible en raison des petites tailles d'échantillons. Des ratios de taux ont été calculés pour déterminer si les TMNA des divers sous-groupes d'immigrants différaient de façon significative de ceux de la population née au Canada et, par conséquent, indiquaient un effet de l'immigrant en santé. L'effet de durée a été déterminé sur la base d'une diminution de l'avantage des immigrants au chapitre de la santé, dont rend compte l'augmentation des TMNA en fonction du nombre d'années passées au Canada indiqué par la période d'immigration.

On a utilisé le coefficient de variation pour s'assurer que les estimations du TMNA pouvaient être diffusées; les estimations comportant un coefficient de variation supérieur à 33,3 % ont été supprimées.

L'étude comporte plusieurs limites. Tout d'abord, même en présence d'une base de données aussi importante, la taille de l'échantillon pose un problème dans le cas des ventilations géographiques plus détaillées. Une deuxième limite possible a trait aux différences d'attrition dans la base de données de suivi de la mortalité selon le recensement. Si les immigrants sont plus susceptibles que les personnes nées au Canada de quitter le pays, une partie de l'effet de l'immigrant en santé pourrait être expliquée par cette perte différentielle au chapitre du suivi. Toutefois, même s'il existe une possibilité que des immigrants quittent le pays, elle est plus répandue chez les jeunes. Les taux de mortalité à un âge plus jeune ont tendance à être faibles, ce qui fait qu'une telle attrition ne devrait pas avoir de répercussions appréciables sur les résultats. En troisième lieu, l'analyse est limitée par le manque d'information concernant les facteurs de risque, comme l'activité physique, l'indice de masse corporelle, l'usage du tabac, la nutrition et la consommation d'alcool.

Enfin, la catégorie d'immigrant (composante économique, regroupement familial ou réfugié) peut être un déterminant important des résultats en matière de santé suivant l'immigration; toutefois, ces données ne sont pas disponibles dans l'étude de suivi de la mortalité selon le recensement de 1991 à 2001.

1. si les immigrants sont en meilleure santé selon les taux de mortalité normalisés selon l'âge (TMNA) que la population née au Canada (effet global de l'immigrant en santé);
2. si l'avantage initial des immigrants au chapitre de la santé diminue au fil du temps (effet de durée);
3. si les résultats se maintiennent pour des sous-groupes d'immigrants, selon le lieu de naissance et certains pays, au niveau national et dans les trois plus importantes régions métropolitaines de recensement (RMR) – Toronto, Montréal et Vancouver (dans la mesure du possible).

Population immigrante adulte

La cohorte totale de l'Étude canadienne de suivi de la mortalité selon le recensement de 1991 à 2001 comportait 2,7 millions de personnes qui étaient âgées de 25 ans et plus en 1991; 552 300 ou 20 % d'entre eux étaient des immigrants. Près de 50 % de ces immigrants sont nés en Europe de l'Ouest (y compris l'Europe du Nord, l'Europe du Sud et l'Europe de l'Ouest), suivie par l'Europe de l'Est (13 %), les Caraïbes/l'Amérique centrale et l'Amérique du Sud (8 %) et l'Asie de l'Est (8 %). La majorité de ces immigrants (56 %) étaient des immigrants établis qui sont arrivés au Canada avant 1971; 23 % sont arrivés entre 1971 et 1981; et 21 % étaient des immigrants plus récents qui sont arrivés au cours de la période de 1981 à 1991. Les immigrants de l'Europe et des États-Unis étaient plus susceptibles d'être « établis », tandis que ceux de l'Asie et de l'Afrique étaient plus susceptibles d'être des immigrants « récents ». Par exemple, 80 % des immigrants de l'Europe de l'Ouest sont arrivés avant 1971, tandis que le pourcentage pour les immigrants de l'Asie du Sud est de 8 %.

Dans la présente étude, près d'un immigrant adulte sur cinq (19 %) était âgé de 65 ans et plus, comparativement à 15 % des adultes nés au Canada. Le pourcentage plus élevé de personnes âgées parmi les immigrants rend compte du pourcentage plus élevé d'immigrants qui sont nés en Europe et aux États-Unis et est représentatif des divers profils d'établissement et vagues d'immigration qu'a connus le Canada. Par exemple, 36 % des immigrants visés par l'étude provenant de l'Europe de l'Est étaient des personnes âgées, comparativement à 5 % de ceux provenant de l'Afrique subsaharienne et de l'Asie de l'Ouest.

Plus de la moitié (54 %) des adultes immigrants vivaient à Toronto, Montréal ou Vancouver. Le pourcentage variait de 28 % dans le cas de ceux provenant des États-Unis à 73 % dans le cas de ceux provenant des Caraïbes/de l'Amérique centrale et de l'Amérique du Sud. En comparaison, 25 % des adultes nés au Canada vivaient dans ces trois villes.

Tableau 1
Taux de mortalité normalisés selon l'âge†, selon le sexe, le lieu de naissance et la période d'immigration, membres de la cohorte de 25 ans et plus à la date de référence ne vivant pas en établissement, Canada, 1991 à 2001

	Hommes	Femmes
Total	**1 230**	**703**
Nés au Canada	**1 305**	**731**
Immigrants (total)	**1 006***	**610***
Avant 1971	1 054*	637*
1971 à 1980	913*	546*
1981 à 1991	720*	491*
États-Unis	**1 112***	**699**
Avant 1971	1 104*	729
1971 à 1980	1 110*	636*
1981 à 1991	953*	739
Caraïbes/Amérique centrale et Amérique du Sud	**825‡***	**487‡***
Avant 1971	893*	552*
1971 à 1980	817*	475*
1981 à 1991	750*	409*
Europe de l'Ouest	**1 055‡***	**642‡***
Avant 1971	1 070*	649*
1971 à 1980	1 056*	587*
1981 à 1991	898*	573*
Europe de l'Est	**1 048‡***	**605‡***
Avant 1971	1 062*	609*
1971 à 1980	954*	573*
1981 à 1991	862*	533*
Afrique subsaharienne	**903***	**640**
Avant 1971	825*	677
1971 à 1980	990*	636
1981 à 1991	992	600
Afrique du Nord/Moyen-Orient/Asie de l'Ouest	**813‡***	**512***
Avant 1971	937*	538*
1971 à 1980	825*	579*
1981 à 1991	556*	395*
Asie du Sud	**668‡***	**550***
Avant 1971	861*	579*
1971 à 1980	703*	603
1981 à 1991	509*	517*
Asie du Sud-Est	**669***	**439‡***
Avant 1971	606*	530*
1971 à 1980	792*	432*
1981 à 1991	627*	419*
Asie de l'Est	**794‡***	**470‡***
Avant 1971	952*	501*
1971 à 1980	819*	486*
1981 à 1991	636*	402*

† pour 100 000 années-personnes à risque
‡ va dans le sens de l'effet de durée
* différence significative par rapport à la population née au Canada
Nota : La population de référence (années-personnes à risque) pour la normalisation selon l'âge a été tirée d'une répartition par âge de l'ensemble de la cohorte (tranches d'âge de cinq ans).
Source : Étude canadienne de suivi de la mortalité selon le recensement, 1991 à 2001.

Effet de l'immigrant en santé : taux de mortalité plus faibles

Pour la population adulte globalement au Canada, les taux de mortalité normalisés selon l'âge (TMNA) pour 100 000 années-personnes à risque étaient de 1 230 pour les hommes et de 703 pour les femmes. Les immigrants affichaient des TMNA significativement plus faibles que les adultes nés au Canada : 1 006 comparativement à 1 305 pour les hommes et 610 comparativement à 731 pour les femmes (tableau 1).

Toutefois, les TMNA des immigrants ont tendance à augmenter au fur et à mesure des années passées au Canada. On estime que cette tendance à la hausse dans les TMNA rend compte de la réduction de l'avantage au chapitre de la santé des immigrants au fil du temps. Les TMNA chez les hommes se situaient à 720, 913 et 1 054 pour les immigrants récents, à moyen terme et établis, respectivement. Chez les femmes immigrantes, les taux correspondants étaient de 491, 546 et 637. Néanmoins, ces taux sont demeurés significativement plus faibles que ceux pour la population née au Canada.

Le lieu de naissance fait une différence

Les TMNA variaient considérablement selon l'endroit où les immigrants étaient nés (tableau 1). Chez les hommes, les TMNA allaient de 668 (Asie du Sud) à

Tableau 2
Taux de mortalité normalisés selon l'âge†, selon le sexe et le lieu de naissance, membres de la cohorte de 25 ans et plus à la date de référence ne vivant pas en établissement, Toronto, Montréal, Vancouver, 1991 à 2001

	Hommes	Femmes
Nés au Canada		
Toronto	1 280	775
Montréal	1 393	680
Vancouver	1 233	731
Immigrants (total)		
Toronto	974*	589*
Montréal	929*	463*
Vancouver	982*	613*
États-Unis		
Toronto	1 129	671
Montréal	1 262	617
Vancouver	1 109	719
Caraïbes/Amérique centrale et Amérique du Sud		
Toronto	869*	546*
Montréal	842*	386*
Vancouver	611*	396*
Europe de l'Ouest		
Toronto	1 062*	633*
Montréal	958*	476*
Vancouver	1 080*	676*
Europe de l'Est		
Toronto	1 014*	587*
Montréal	934*	458*
Vancouver	1 016*	629*
Afrique subsaharienne		
Toronto	881*	674
Montréal	F	F
Vancouver	1 135	810
Afrique du Nord/Moyen-Orient/Asie de l'Ouest		
Toronto	698*	586*
Montréal	872*	447*
Vancouver	364*	F
Asie du Sud		
Toronto	784*	626
Montréal	422*	455
Vancouver	752*	523*
Asie du Sud-Est		
Toronto	593*	432*
Montréal	765*	475*
Vancouver	701*	470*
Asie de l'Est		
Toronto	775*	459*
Montréal	756*	363*
Vancouver	829*	499*

† pour 100 000 années-personnes à risque
* différence significative par rapport à la population née au Canada
F trop peu fiable pour être publié
Nota : La population de référence (années-personnes à risque) pour la normalisation selon l'âge a été tirée d'une répartition par âge de l'ensemble de la cohorte (tranches d'âge de cinq ans).
Source : Étude canadienne de suivi de la mortalité selon le recensement, 1991 à 2001.

Tableau 3
Taux de mortalité normalisés selon l'âge†, pour les immigrants de la Chine, de l'Inde ou du Royaume-Uni, selon le sexe, membres de la cohorte de 25 ans et plus à la date de référence ne vivant pas en établissement, Toronto, Montréal, Vancouver, 1991 à 2001

	Hommes	Femmes
Nés au Canada		
Toronto	1 280	775
Montréal	1 393	680
Vancouver	1 233	731
Immigrants (total)		
Toronto	974*	589*
Montréal	929*	463*
Vancouver	982*	613*
Chine		
Toronto	790*	460*
Montréal	765*	373*
Vancouver	854*	502*
Inde		
Toronto	796*	634
Montréal	437*	503
Vancouver	779*	515*
Royaume-Uni		
Toronto	1 146*	700*
Montréal	1 019*	580*
Vancouver	1 083*	700

† pour 100 000 années-personnes à risque
* différence significative par rapport à la population née au Canada
Nota : La population de référence (années-personnes à risque) pour la normalisation selon l'âge a été tirée d'une répartition par âge de l'ensemble de la cohorte (tranches d'âge de cinq ans).
Source : Étude canadienne de suivi de la mortalité selon le recensement, 1991 à 2001.

1 112 (États-Unis); chez les femmes, la fourchette allait de 439 (Asie du Sud-Est) à 699 (États-Unis). En dépit de ces variations importantes, les TMNA des immigrants étaient généralement plus faibles que ceux des adultes nés au Canada. Seules les femmes des États-Unis et de l'Afrique subsaharienne faisaient exception, leurs TMNA étant similaires à ceux des femmes nées au Canada.

Les résultats de l'étude montrent que les TMNA pour les immigrants provenant de la plupart des régions du monde ont augmenté au fur et à mesure des années passées au Canada (effet de durée) :

- pour les deux sexes – Caraïbes/Amérique centrale et Amérique du Sud; Europe de l'Ouest; Europe de l'Est; Asie de l'Est;
- pour les hommes seulement – Afrique du Nord/Moyen-Orient/Asie de l'Ouest; Asie du Sud;
- pour les femmes seulement – Asie du Sud-Est.

Toutefois, l'augmentation des TMNA en fonction de la durée de résidence au Canada ne s'est pas produite dans tous les cas. Par exemple, les hommes qui sont venus au Canada de l'Afrique subsaharienne avant 1971 avaient un TMNA plus faible (825) que ceux qui sont arrivés au cours de la période de 1981 à 1991 (992).

Toronto, Montréal et Vancouver

Les TMNA à Toronto, Montréal et Vancouver vont aussi dans le sens de l'effet de l'immigrant en santé. Par exemple, le TMNA pour les hommes immigrants de Toronto était de 974, ce qui est de beaucoup inférieur au chiffre de 1 280 pour les hommes nés au Canada dans cette RMR; les chiffres correspondants pour les femmes étaient de 589 et 775 (tableau 2).

Les TMNA au niveau de la RMR sont fortement influencés par le lieu de naissance et la période d'immigration des immigrants. Au moins 40 % des immigrants de Toronto, de Montréal et de Vancouver provenaient de l'Europe de l'Ouest et étaient au Canada depuis plus de dix ans. Par conséquent, même si leurs TMNA étaient plus faibles que ceux des personnes nées au Canada, les TMNA globaux se rapprochaient des niveaux des immigrants de l'Europe de l'Ouest, qui représentaient un pourcentage plus important de la population visée par l'étude, comparativement aux immigrants de l'Asie – dont les TMNA avaient tendance à être plus faibles –, qui représentaient un pourcentage plus faible de la population immigrante totale au niveau de la RMR à ce moment-là.

Dans le cas des femmes des trois RMR qui étaient nées aux États-Unis ou dans des pays de l'Afrique subsaharienne, les TMNA se rapprochaient de ceux des femmes nées au Canada et vivant dans ces RMR. De même, l'effet de l'immigrant

en santé était moins évident chez les hommes provenant des États-Unis qui vivaient dans ces trois RMR – leurs TMNA s'apparentaient davantage à ceux des personnes nées au Canada qu'à ceux des autres groupes d'immigrants. Par contre, pour le groupe provenant de l'Afrique subsaharienne, à Toronto, où la moitié d'entre eux vivent, les TMNA des immigrants de sexe masculin se comparaient favorablement à ceux des autres groupes d'immigrants.

Chine, Inde et Royaume-Uni

Dans l'étude de suivi de la mortalité selon le recensement de 1991 à 2001, la Chine (y compris Hong Kong) et l'Inde étaient les principaux pays d'origine des immigrants récents au Canada, tandis que le Royaume-Uni constituait la principale source par le passé.

Dans l'ensemble, un effet de l'immigrant en santé est ressorti parmi les immigrants de chacun de ces pays (tableau 3). Les TMNA chez les hommes se situaient à 690 pour ceux provenant de l'Inde, à 810 pour ceux provenant de la Chine, et à 1 105 pour ceux provenant du Royaume-Uni, comparativement à 1 305 pour les hommes nés au Canada (données non présentées). Chez les femmes, les TMNA se situaient à 537 (Inde), 471 (Chine), 695 (Royaume-Uni) et 731 (personnes nées au Canada).

Au niveau de la RMR, les TMNA pour les immigrants de ces trois pays étaient généralement plus faibles que ceux de la population née au Canada (tableau 3). Les femmes de l'Inde vivant à Toronto (634) et à Montréal (503), ainsi que les femmes du Royaume-Uni résidant à Vancouver (700), faisaient exception, leurs TMNA ne différant pas de façon significative de ceux des femmes nées au Canada dans ces RMR.

Lorsque l'on examine la cause du décès, le TMNA élevé chez les femmes provenant de l'Inde au niveau de la RMR rend compte de TMNA plus élevés attribuables aux maladies du système circulatoire (données non présentées)[16]. De même, à Vancouver, le TMNA plus élevé chez les femmes du Royaume-Uni était attribuable en partie aux maladies du système circulatoire et au cancer[16]. Les immigrants provenant de la Chine avaient généralement des TMNA faibles, mais à Montréal, le TMNA attribuable au cancer chez les femmes provenant de la Chine était comparable à celui des femmes nées au Canada[16].

Conclusion

Les résultats de la présente étude montrent un effet global de l'immigrant en santé qui diminue au fur et à mesure des années écoulées depuis l'immigration au Canada. Par ailleurs, même après 20 ans ou plus au pays, les TMNA des immigrants étaient généralement plus faibles que ceux des personnes nées au Canada.

Toutefois, l'analyse des TMNA selon le lieu de naissance, la période d'immigration et la région de résidence au Canada révèlent l'hétérogénéité entre les sous-groupes d'immigrants et à l'intérieur de ces sous-groupes et fait ressortir l'importance des études par pays au niveau de la RMR.

Au fur et à mesure que le pourcentage de la population constitué d'immigrants continuera d'augmenter, l'intérêt à l'égard de l'état de santé de ces derniers augmentera aussi. Par conséquent, la nécessité d'effectuer des analyses approfondies fondées sur des enquêtes comportant des échantillons plus importants d'immigrants et sur des données couplées, comme l'Étude canadienne de suivi de la mortalité selon le recensement, augmentera aussi. ■

Remerciements

Le financement principal de l'Étude canadienne de suivi de la mortalité selon le recensement a été assuré par l'Initiative sur la santé de la population canadienne, qui relève de l'Institut canadien d'information sur la santé. Il convient aussi de souligner l'importance des registraires provinciaux et territoriaux de l'état civil au Canada, qui fournissent les données sur les décès contenues dans la Base canadienne de données sur la mortalité.

Références

1. E.C. Malenfant, A. Lebel et L.Martel, *Projections de la diversité de la population canadienne, 2006-2031*, Ottawa, Statistique Canada, 2010 (Statistique Canada, n° 91-551-X au catalogue).
2. A. Gagnon, *La réceptivité du système canadien de soins de santé à l'égard des nouveaux arrivants*, Étude n° 40 (Catalogue No. CP32-79/40-2002F-IN), Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada, 2002.
3. D. Young et D. Spitzer, *Understanding the Health Care Needs of Canadian Immigrants*, Edmonton (Alberta), Prairie Centre of Excellence for Research on Immigration and Integration, 1999.
4. E. Ng, R. Wilkins, F. Gendron et J.-M. Berthelot, « L'évolution de l'état de santé des immigrants au Canada : constats tirés de l'Enquête nationale sur la santé de la population », *En santé aujourd'hui, en santé demain? Résultats de l'Enquête nationale sur la santé de la population*, Ottawa, Statistique Canada, 2005 (Statistique Canada, n° 82-618 au catalogue).
5. K.B. Newbold, « Self-rated health within the Canadian immigrant population: Risk and the healthy immigrant effect », *Social Science and Medicine*, 60, 2005, p. 1359-1370.
6. J. Chen, E. Ng et R. Wilkins, « La santé des immigrants au Canada en 1994-1995 », *Rapports sur la santé*, 7(4), 1996, p. 37-50.
7. K.B. Newbold et J. Danforth, « Health status and Canada's immigrant population », *Social Science and Medicine*, 57, 2003, p. 1881-1995.
8. K. Pottie, E. Ng, D. Spitzer *et al.*, « Language proficiency, gender and self-reported health: An analysis of the first two waves of the Longitudinal Survey of Immigrants to Canada », *Canadian Journal of Public Health*, 99(6), 2008, p. 505-510.
9. C.F. Pérez, « État de santé et comportements influant sur la santé des immigrants », *Rapports sur la santé*, 13(suppl.), 2002, p. 99-111.
10. J.T. McDonald et S. Kennedy, « Insights into the 'healthy immigrant effect': Health status and health service use of immigrants to Canada », *Social Science and Medicine*, 59, 2004, p. 1613-1627.
11. J. Chen, R. Wilkins et E. Ng, « Espérance de santé selon le statut d'immigrant », *Rapports sur la santé*, 8(3), 1996, p. 31-41.
12. J. Ali, « La santé mentale des immigrants au Canada », *Rapports sur la santé*, 13(suppl.), 2002, p. 113-125.
13. Y. Lou et R. Beaujot, *What Happens to the "Healthy Immigrant Effect"? The Mental Health of Immigrants to Canada*, Discussion Paper 05-15, London (Ontario), Population Studies Centre, University of Western Ontario, 2005.
14. Z. Wu et C. Schimmele, « The healthy migrant effect on depression: variation over time? », *Canadian Studies in Population*, 32(2), 2005, p. 271-298.
15. R. Wilkins, M. Tjepkema, C. Mustard et R. Choinière, « Étude canadienne de suivi de la mortalité selon le recensement, 1991 à 2001 », *Rapports sur la santé*, 19(3), 2008, p. 27-48.
16. E. Ng et l'équipe de recherche sur les données longitudinales administratives sur la santé, *Le point sur l'effet de l'immigrant en santé : mortalité selon la période d'immigration et le lieu de naissance*, Ottawa, Statistique Canada, 2011 (Statistique Canada, n° 82-622-X, n° 8, au catalogue).